
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

Центральна санітарно-епідеміологічна станція
на водному транспорті

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів
дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Бюлетень ВАК України від 9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830;
перереєстрований у Міністерстві юстиції України 18.11.2010

№ 1 (51)
(січень - березень)

Одеса 2011

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.І. Гоженко**

О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), В. О. Лісобей (науковий редактор), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Є. П. Белобров, О. І. Верба, М. І. Голубятніков, Ю. І. Гульченко, В. М. Євстаф'єв, О. В. Кузнєцов, Т. П. Опаріна, Б. В. Панов, Н. Ф. Петренко, С. А. Праник, Е. М. Псядло, В. Г. Руденко, Л. М. Шафран, К. А. Ярмула

РЕДАКЦІЙНА РАДА

О. К. Асмолов (Одеса), К. Д. Бабов (Одеса), Ю. І. Бажора (Одеса), А. М. Войтенко (Одеса), С. А. Гуляр (Київ), В. М. Запорожан (Одеса), М. Ф. Измеров (Москва), С. Іднані (Індія), Н. К. Казимирко (Луганськ), О. О. Коваль (Київ), М. О. Корж (Харьків), І. Ф. Костюк (Харьків), О. М. Кочет (Київ), Ю. І. Кундієв (Київ), Т. Л. Лебедева (Одеса), В. І. Лузін (Луганськ), В. В. Поворознюк (Київ), А. М. Пономаренко (Київ), М. Г. Проданчук (Київ), А. М. Сердюк (Київ), В. П. Сіденко (Одеса), Ю. Б. Чайковський (Київ)

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
Телефон/факс: (0482) 728-14-52; 42-82-63
e-mail nymba@mail.ru
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору..... р.. Підписано до друку..... Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005
© Центральна санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті, 2010

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПНЕВМОНІЇ У ПОМЕРЛИХ ВІЛ – ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ ТА ХВОРИХ НА СНІД

Обласний Центр по профілактиці та боротьбі зі СНІДом, м.Одеса

Реферат. В. С. Гойдик **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ПНЕВМОНИИ У УМЕРШИХ ВИЧ – ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ И БОЛЬНЫХ СПИДОМ.** В статье описаны результаты исследования ВИЧ – инфицированных пациентов, больных пневмонией. Учитывались жалобы, данные анамнеза, глубина иммуносупрессии, характер флоры, выделенной при патологоанатомическом исследовании. Установлено, что большинство пациентов госпитализировано спустя более чем 2 недели от начала заболевания, отмечены незначительное количество жалоб легочного характера и частое отсутствие на рентгенограмме изменений, характерных для пневмонии. Уровень иммуносупрессии, определявшийся по CD₄, у 68,9 % больных составил менее 150 кл/мкл. При патологоанатомическом исследовании во всех случаях выявлена бактериально-микозная ассоциация, в некоторых случаях в сочетании с микобактериями. Сделаны выводы о необходимости повышения настороженности врачей в отношении осложнения течения основного заболевания пневмонией и целесообразности её лечения не менее чем двумя антибактериальными препаратами, усиленными противогрибковой терапией.

Ключевые слова: ВИЧ – инфекция, пневмония, иммуносупрессия, бактериально-микозная ассоциация.

Реферат. В. С. Гойдик **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ПНЕВМОНІЇ У ПОМЕРЛИХ ВІЛ – ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ ТА ХВОРИХ НА СНІД.** В статті описано результати дослідження ВІЛ – інфікованих пацієнтів, хворих на пневмонію. Враховувалися скарги, дані анамнезу, глибина імуносупресії, характер флори, виділеної при патологоанатомічному дослідженні. З'ясовано, що переважна більшість пацієнтів госпіталізована більш як через 2 тижні від початку захворювання, відмічені незначна кількість скарг легеневого характеру та висока частота відсутності на рентгенограмі змін, характерних для пневмонії. Рівень імуносупресії, визначений за CD₄, у 68,9 % хворих складав менше 150 кл/мкл. При патологоанатомічному дослідженні в усіх випадках виявлено бактеріально-мікозні асоціації, в деяких випадках в поєднанні з мікобактеріями. Зроблено висновки про необхідність підвищення настороженості щодо ускладнення перебігу основного захворювання пневмонією та доцільність її лікування не менш як двома антибактеріальними препаратами, підсиленими протигрибковою терапією.

Ключові слов: ВІЛ – інфекція, пневмонія, імуносупресія, бактеріально-мікозна асоціація.

Summary. V. Goydyk **PNEUMONIA AT DIED HIV – POSITIVE PATIENTS AND PATIENTS WITH AIDS.** In the article presented the Authors describe the results of examination of HIV – infected patients with pneumonia. The complaints, data of the case histories, immunosuppression, flora extracted at the pathoanatomical examination have been taken into account. The majority of the patients under study have been hospitalized in the terms over 2 weeks from the beginning of the disease. They have noticed the insignificant amount of pulmonological complaints and the lack of roentgenoulogic changes, typical for pneumonia. The level of immunosupression defined with CD₄, was less than 150 cell/mkl at 68,9% of patients.

At pathoanatomical section they have revealed bacterial - mycotic association in all cases, in some cases they were combined with micobacteria. It is necessary to high up the doctors' vigilance as to complication of the main disease with pneumonia and expediency of its treatment with not less than two antibacterial preparations supported with antimicotic therapy.

Key words: HIV – infection, pneumonia, immunosuppression, bacterial - mycotic association.

Швидкість розповсюдження ВІЛ - інфекції на сьогоднішній день викликає побоювання навіть у найбільш оптимістично налаштованих вчених [1, 2]. Крім того, не викликає сумнівів факт, що діагностика захворювань та підходи до лікування ВІЛ – інфікованих хворих мають свої особливості, що доведено численними дослідженнями, що проводяться у всьому світі [3, 4, 5]. Найбільш необхідними на практиці є відомості про особливості діагностики та тактики ведення загальнотерапевтичних захворювань у пацієнтів зі зниженим імунітетом, зокрема, це стосується однієї з найпоширеніших груп – хвороб бронхолегеневої системи [6, 7].

Основним представником групи захворювань бронхолегеневої системи у ВІЛ – інфікованих хворих є пневмонії [8, 9]. Відомо, що приєднання пневмонії значно погіршує прогноз перебігу хвороби, аж до смерті пацієнта, що потребує своєчасної діагностики та лікування цього захворювання. Разом з тим, атипівість перебігу та обмежені можливості повноцінної діагностики пневмоній (приміром, визначення збудника захворювання) у пацієнтів зі зниженим імунітетом призводять до затримок у лікуванні і підвищують ризик несприятливого розвитку хвороби [6, 10]. В зв'язку з цим нашою метою було вивчення особливостей клінічного перебігу даного захворювання у хворих на ВІЛ – інфекцію та СНІД.

Матеріали та методи. Протягом 2010 р. в стаціонарі Одеського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом проходили лікування 609 пацієнтів. На кінець цього періоду було виписано 525 чоловік і 84 - померло. Серед виписаних у 85 пацієнтів було діагностовано пневмонію, ще у 2 хворих – пневмоцистну пневмонію, що загалом складає 16,6 % від загальної кількості виписаних хворих, у 30 чоловік було діагностовано загострення хронічного бронхіту, ще у 10 – ексудативний плеврит.

Більш детально нами були досліджені історії хвороби 45 померлих пацієнтів, хворих на СНІД, яким прижиттєво було встановлено діагноз пневмонія, при цьому враховувались анамнез захворювання, тривалість перебування в стаціонарі, основні клінічні симптоми, що могли свідчити про захворювання легеневої системи, тривалість захворювання, рівень CD₄ та збудники, виявлені при патологоанатомічному дослідженні. Серед досліджуваної групи було 26 чоловіків і 19 жінок, в тому числі 27 пацієнтів, котрим проводилося патологоанатомічне дослідження (14 чоловіків, 13 жінок).

Результати досліджень та їх обговорення. При аналізі історій хвороби виявлено, що при госпіталізації 26 пацієнтам було встановлено попередній діагноз пневмонія або туберкульоз легень. В заключному діагнозі патологію бронхолегеневої системи відмічено в усіх випадках.

За даними анамнезу встановлено, що серед чоловіків домінував парентеральний шлях інфікування – 21 чол. (80,8 %), в той час, як серед жінок – статевий шлях інфікування – 13 чол. (68,4 %). Середня тривалість від моменту виявлення ВІЛ - інфекції до розвитку захворювання з летальним результатом в досліджуваній групі склала 7,2 роки у чоловіків і 6,3 роки у жінок.

Також звертає на себе увагу той факт, що хоча при госпіталізації більшість хворих відмічали слабкість і підвищення температури тіла, лише незначна частина пацієнтів пред'являла скарги легеневого характеру.

СКАРГИ ХВОРИХ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

Симптом	Чоловіки - 26	жінки - 19
Підвищення t° тіла	20	18
Кашель	4	5
Ядуха	6	7
Зміни на рентгенограмі	11	11

Характерним було пізнє звертання пацієнтів, в більшості випадків тривалість захворювання перевищувала 2 тижні, і лише окремі пацієнти знаходились в цей час в інших лікувальних закладах, решта займалась самолікуванням або знаходилась під спостереженням дільничного лікаря вдома (табл. 2).

Таблиця 2

ТРИВАЛІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ДО ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ В СТАЦІОНАР

Строк від початку захворювання	Чоловіки	Жінки
Менше 1 тижня	0	3
від 1 до 2 тижнів	2	1
від 2 тижнів до 1 місяця	6	5
від 1 до 2-х місяців	6	3
від 2-х до 6 місяців	8	6
Більше як 6 місяців	4	1

При визначенні імунного статусу у всіх пацієнтів виявлене значне пригнічення імунітету (табл. 3):

Таблиця 3

РІВЕНЬ CD₄ У ВІЛ – ІНФІКОВАНИХ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ

Рівень CD ₄ , кл/мкл	Чоловіки	Жінки
Менше 10	5	2
Від 11 до 20	0	3
Від 21 до 50	6	3
Від 51 до 100	6	2
Від 101 до 150	2	2
Від 151 до 200	2	2
Від 200 до 300	4	2
Не визначався	1	3
Всього	26	19

Отримані результати свідчать про те, що рівень CD₄ досить варіабельний, хоча все ж можна відзначити домінування хворих з рівнем CD₄ нижче, ніж 150 клітин в мікролітрі (68,9 %).

В усіх випадках при лікуванні хворих було застосовано антибіотики широкого спектру дії, в 5 випадках у вигляді монотерапії, в 23 випадках використовувались два препарати, найчастіше цефалоспоринового ряду з фторхінолонами, в 11 випадках одночасно застосовувались три препарати. Крім того, 10 пацієнтів отримували чотири або п'ять протитуберкульозних препаратів з лікувальною метою (в 6 випадках в комбінації з іншими антибактеріальними препаратами), ще 12 хворих отримували з профілактичною метою два протитуберкульозні препарати. В 5 випадках, окрім антибіотикотерапії, було застосовано протівірусні препарати. З числа померлих пацієнтів ВААРТ отримували 11 чоловік, відповідно, не отримували 34 пацієнти.

По тривалості перебування в стаціонарі хворі розподілились наступним чином (табл. 4):

ТРИВАЛІСТЬ ПЕРЕБУВАННЯ У СТАЦІОНАРІ

Тривалість	Чоловіки	жінки
До 7 діб	6	5
Від 8 до 30 діб	9	8
Більше як 30 діб	11	6

На прикладі цієї таблиці ми бачимо, що переважна більшість померлих пацієнтів, у яких було діагностовано пневмонію, перебувала на лікуванні більше, як 7 діб, тобто, можна думати, що в багатьох випадках пневмонія виникала як наслідок важкого загального стану пацієнта і застійних явищ у легенях, спричинених також лежачим положенням.

За класифікацією МКБ - 10 розподіл пацієнтів за причиною смерті виглядає наступним чином (табл. 5):

Таблиця 5

ПРИЧИНИ СМЕРТІ ХВОРИХ НА СНІД

код	Діагноз	чоловіки	жінки
В 20.0	Хвороба, викликана ВІЛ, з проявами туберкульозу	4	1
В 20.4	Хвороба, викликана ВІЛ, з проявами кандидозу	1	1
В 20.5	Хвороба, викликана ВІЛ, з проявами інших мікозів	1	-
В 20.6	Хвороба, викликана ВІЛ, з проявами пневмонії, викликаной <i>Pneumocystis carini</i>	-	2
В 20.7	Хвороба, викликана ВІЛ, з проявами множинних інфекцій	16	6
В 21.2	Хвороба, викликана ВІЛ, з проявами неходжкінських лімфом	-	1
В 22.2	Хвороба, викликана ВІЛ, з проявами синдрому виснаження	-	2
В 22.7	Хвороба, викликана ВІЛ, з проявами множинних хвороб, класифікованих в інших рубриках	4	6

Патологоанатомічне дослідження проводилось в 27 випадках. При цьому в 100 % досліджень було виявлено пневмонію, також відмічався мікст з туберкульозною інфекцією у 2 чоловіків та 2 жінок.

За характером флори, що була виділена при дослідженні отриманого з легень матеріалу, пневмонії мали бактеріально-мікозний характер. В кожному випадку була виділена асоціація не менш, ніж з трьох мікроорганізмів, які могли бути причиною захворювання. Їх спектр представлений в наступній таблиці (табл.6).

Таблиця 6

ЗБУДНИКИ ПНЕВМОНІЇ ЗА ДАНИМИ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Вид збудника	Чоловіки	Жінки
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	14	12
<i>Candida</i>	10	8
<i>Micrococcus</i>	8	6
<i>Enterobacter aerogenes</i>	5	6
<i>Enterococcus</i>	5	3
<i>Streptococcus viridans</i>	4	2
<i>Proteus mirabilis</i>	4	1
<i>Acinetobacter</i>	1	0
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	0	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	0	1
<i>Cryptococcus</i>	1	0
ВІЛ - асоційована пневмонія	5	2

Найчастіше зустрічалась комбінація гемолітичного стафілококу з кандидами та мікрококами, а також гемолітичного стафілококу з мікрококами та ентеробактером аерогенес.

Висновки:

1. Для значної частини померлих хворих, в яких діагностовано пневмонію, характерне пізнє звертання за допомогою, низька частота скарг легеневого характеру та малоінформативна картина.

2. Частота виявлення пневмоній збільшується пропорційно до тривалості перебування на стаціонарному лікуванні.

3. Приєднання пневмонії за наявності інших хвороб, що могли призвести до смерті пацієнта, залишається однією з важливих причин, що впливають на важкість перебігу захворювання та стан хворого.

4. В усіх випадках проведено патологоанатомічне дослідження матеріалу, отриманого з легень, показало наявність бактеріально-мікозної асоціації.

В практичному сенсі це означає, що у лікаря постійно має бути присутня настороженість в плані своєчасної діагностики легеневої патології, про яку може свідчити погіршення стану хворого, що був до того стабільним, крім того, актуальним є призначення щонайменше двох антибактеріальних препаратів одночасно на фоні активної протигрибкової терапії для пацієнтів, у котрих вірогідно може спостерігатись значне зниження імунітету, або в яких рівень CD₄ є нижчим за 100 кл/мкл, або термін перебування яких в лікарні перевищує 8 діб. Крім того, враховуючи збільшення кількості хворих на туберкульоз, доцільно більш тісно співпрацювати з фтизіатричною службою для того, щоб під «маскою» затяжної пневмонії не пропустити дану патологію.

Література:

1. Burtuano L., Kruglov Y. HIV/AIDS epidemic in Eastern Europe: recent developments in the Russian Federation and Ukraine among women // Gend. Med. – 2009. – № 6 (1). – P. 277 - 289.

2. Онищенко Г. Г. Противостояние эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии // Микробиология, эпидемиология и иммунобиология. – 2009. - № 1. – С. 16 - 21.

3. Бартлет Джон, Галлант Джоэл. Клинический подход к лечению ВИЧ – инфекции. – Балтимор, 2003. – 394 с.

4. Kilmarx P H. Global epidemiology of HIV // Current Opinion HIV/AIDS. – 2009. - № 4 (4). – P. 240 - 246.

5. Clinical Management of the HIV-infected Adult. A manual for midlevel clinicians. Originally published September, 1993, revised March 2003.

6. Гойдик Н. С., Гойдик В. С., Гоженко А. І., Сервецький С. К. Етіологія та особливості перебігу пневмоній у пацієнтів, хворих на СНІД // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2009. - №2. - С. 38 - 40.

7. Избранные вопросы терапии инфекционных больных / Под ред.

8. Лобзина Ю. В. – СПб.: Фолиант, 2005. – 909 с.

9. Гойдык В. С., Гойдык Н. С., Ковтунович Л. И., Сервецкий С. К., Гоженко А. И. Туберкулез и пневмонии у ВИЧ – позитивных пациентов: анализ заболеваемости // Туберкулез. Легеневі хвороби. ВІЛ – інфекція. – 2010. - № 1 (01). – С. 72 - 77.

10. Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека / Под ред. В. В. Покровского, Н.С. Потекаева. – М.: Медицинская книга, 2006. – 73 с.

11. Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ – інфікованих дорослих та підлітків. – Київ, 2006. – С. 11 - 16.